



TITLE:

食道癌及胃癌の特殊型の3例：食道
原発腺扁平上皮癌, 胃原発悪性絨毛
上皮腫, 胃原発扁平上皮癌

AUTHOR(S):

田中, 明; 辺見, 公雄; 新田, 直樹; 岡上, 豊猛; 佐藤, 功;
山本, 雄三; 山本, 成尚; 山下, 孝行; 市川, 利洋; 坂井,
義治

CITATION:

田中, 明...[et al]. 食道癌及胃癌の特殊型の3例：食道原発腺扁平上皮癌,
胃原発悪性絨毛上皮腫, 胃原発扁平上皮癌. 日本外科宝函 1985, 54(1):
39-47

ISSUE DATE:

1985-01-01

URL:

<http://hdl.handle.net/2433/208666>

RIGHT:

食道癌及胃癌の特殊型の3例
食道原発腺扁平上皮癌，胃原発悪性絨毛上皮腫，
胃原発扁平上皮癌

赤穂市民病院外科

田中 明，辺見 公雄，新田 直樹，岡上 豊猛
佐藤 功，山本 雄三，山本 成尚

同 内科

山 下 孝 行

近畿大学第2外科

市 川 利 洋

県立尼崎病院外科

坂 井 義 治

〔原稿受付：昭和59年9月10日〕

Report of 3 Cases of Specific Type Cancer of the
Upper Gastrointestinal tract
Adenosquamous Cell Carcinoma of the Esophagus,
Choriocarcinoma of the Stomach and Squamous
Cell Carcinoma of the Stomach

AKIRA TANAKA,* KIMIO HENMI,* NAOKI NITTA,* TOYOTAKE OKANOUE,*
ISAO SATO,* YUZO YAMAMOTO,* NARITAKA YAMAMOTO,* TAKAYUKI
YAMASHITA,* TOSHIHIRO ICHIKAWA** and YOSHIHARU SAKAI***

*Ako City Hospital, Hyogo Prefecture

**The Second Department of Surgery, Faculty of Medicine, Kinki University

***Amagasaki Hospital, Hyogo Prefecture

Esophageal and gastric cancer are pathologically classified into common type and specific type. Not only specific type cancer is rare, but also specific type showed different biological

Key words: Adenosquamous cell carcinoma of the esophagus, Choriocarcinoma of the stomach, Squamous cell carcinoma of the stomach, Pathogenesis.

索引語：食道原発腺扁平上皮癌，胃原発悪性絨毛上皮腫，胃原発扁平上皮癌，組織発生。

Present address: 3-57-1 Kariya Nakasu, Ako, Hyogo, Japan.

attitude and prognosis from common type. 3 specific type cancer, adenosquamous cell carcinoma of the esophagus, choriocarcinoma of the stomach are reported. It's pathogenesis and several problems are discussed.

はじめに

食道癌および胃癌には、通常よく見られる一般型以外に、特殊型が分類されており、その特殊型は、単にその病理像が異なるだけでなく、その生物学的悪性度が異なることが多く、又その発生母地には興味深い点がある。今回、我々は、中部食道に発生した腺扁平上皮癌、胃体下部に発生した絨毛上皮腫、胃体中部に発生した扁平上皮癌、各1例を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

症 例

症例 1 (食道に発生した腺扁平上皮癌)

T. S. 78才 男性

主 訴：食思不振、胸焼。

家族歴：特記すべきことなし。

既往歴：昭和51年 腹膜炎にて開腹術を受ける。

昭和52年 胆石にて胆摘術を受ける

昭和52年 胃潰瘍にて胃切除術を受ける。

昭和57年 一過性脳虚血発作をおこす。

現病歴：昭和58年12月頃から上記主訴を覚える様になった。昭和59年1月上旬消化管透視を受けたところ、Iu~Im にかけて隆起性病変を指摘され、当病院外科を紹介された。

入院時現症：体格、栄養、中等度。黄疸、貧血もなく体表にリンパ節も触知しない。胸部は理学的に異常はない。腹部には、上腹部に2条、下腹部に1条、手術瘢痕を認めるも、特に異常はない。

画像診断：上部消化管透視(図1)にて、気管分岐部中心に、Iu~Im に長径 40 mm の表面粗大分葉を示す隆起性病変を認めた。バリウムの通過は病変の大きさの割には良好であった。また胃切除術は Billroth II 法で再建しており、残胃には何等病変を認めなかった。内視鏡検査にて、表面の分葉した隆起性病変が、門歯列より 20 cm に存在していた。胸腹部 CT, US, 腹腔および上腸間膜動脈造影にては、遠隔転移は認めなかった。

入院時検査：貧血はなく、白血球数も正常である。生化学検査、腎機能検査の異常を認めない。Elastase I

310 ng/ml, CEA 2.3 ng/ml, Ferritin 200 ng/ml, BMG 2.7 mcg/ml, CA 19-9 31 u/ml と Elastase I, BMG に若干の増多をみる。

手術所見：昭和59年2月29日。右第6肋間開胸を行い奇静脈を結紮切離して縦隔内へ入った。腫瘍は A0 で大動脈、気管膜様部等への浸潤は認めなかったので、容易に胸部食道全摘を施行した。次いで上腹部正中切開にて残胃の噴門部を胸腹部食道とともに切除した。縦隔、胸腔、腹腔内には、リンパ節転移は認めなかった。残胃と胸部食道の間に、右半結腸を用いて胸骨前に再建を行った。A0, N0, M0, P10, stage I であった。術後経過は良好で、現在のところ再発の徴候もなく健在である。

切除標本所見(図2)：胸部食道に 50×42×28 mm の表面粗大結節状のやや軟い隆起性病変を認める。食道胃接合部に小さな平滑筋腫を認める以外には、特に



図 1

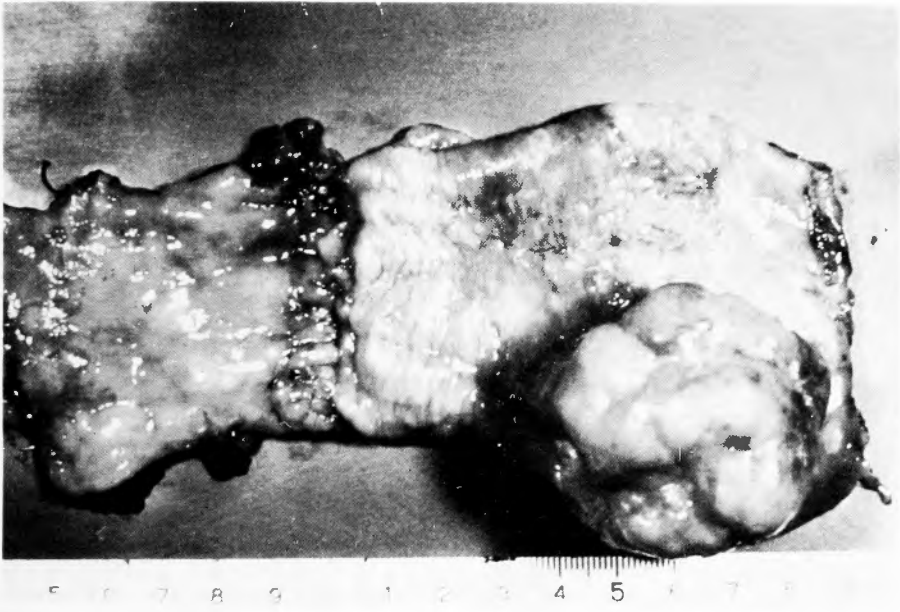


図 2

副病変は存在しなかった。

病理組織標本所見（図3）：粘膜下層を中心に腺腔形成を示す腺癌が増殖している。その一部に扁平上皮癌を混じており、腺扁平上皮癌の診断を受けた。

腫瘍の口側及肛側は正常食道扁平上皮が存在し、異所性胃粘膜、Barrett 型食道は認めなかった。

症例2（胃原発絨毛上皮癌）

H. S. 70才 女性

主 訴：下血

家族歴：特記すべきことなし

既往歴：特記すべきことなし

現病歴：昭和58年11月頃よりタール便を認める様になり、さらに12月に入ると顔面蒼白となり、心悸亢進、全身倦怠感も増強して来たため、入院し精査をうけた。胃体下部前壁に降起性病変を認め外科転科となった。

入院時現症：体格中等度、球結膜に著明な貧血を認

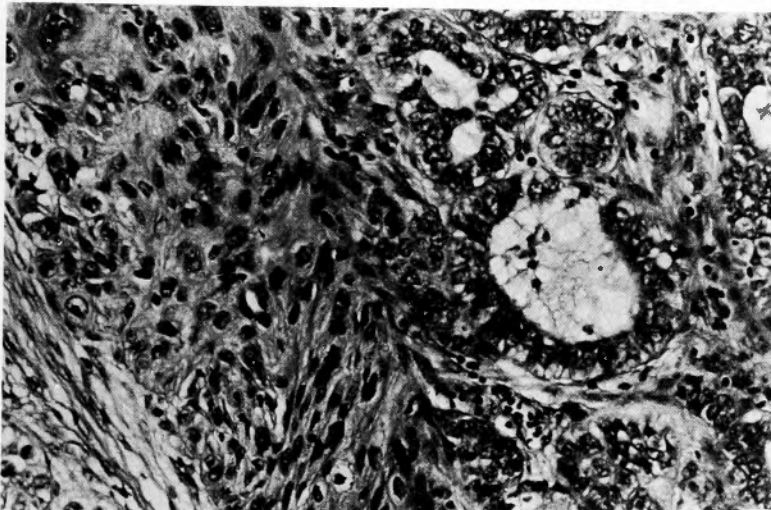


図 3

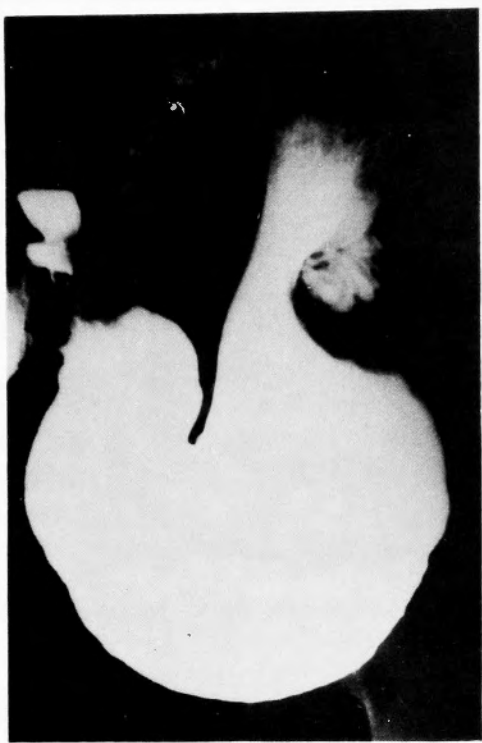


図 4



図 5

める。胸腹部には理学的に異常は認めない。

画像診断：胃透視（図4，図5）にて，立位充影像には何ら変化を認めないが，圧迫にて，胃体下部前壁に， $2 \times 2 \text{ cm}$ の粗大結節部を有する隆起性病変を認め

た。

胃内視鏡にて胃体下部前壁に Borrmann I 型の隆起性病変を認めた。表面は汚い白苔に覆われていて，通常の胃癌の様な硬さはなく，軟かく，著しく易出血性

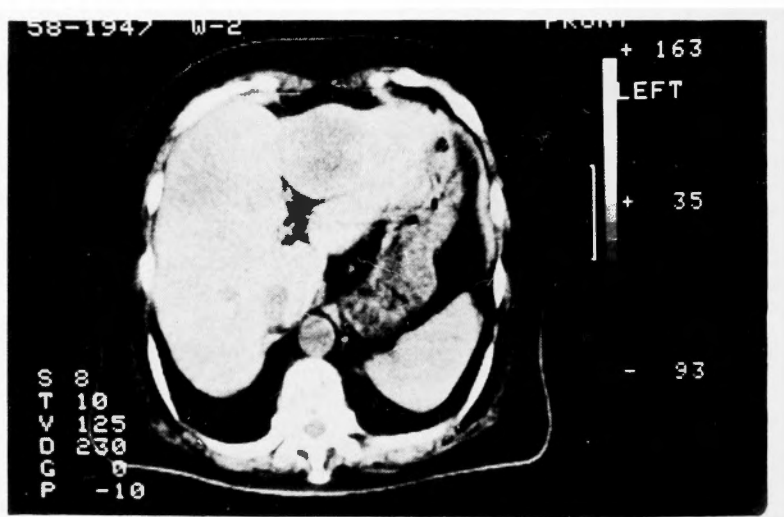


図 6

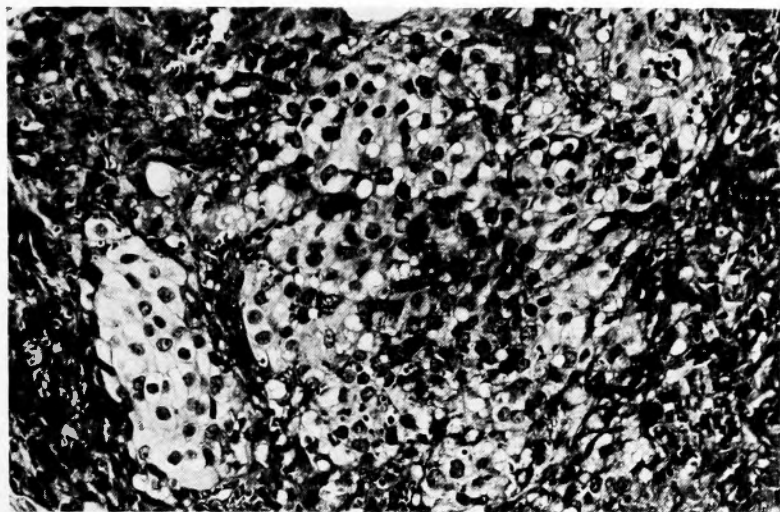


図 7

であり、生検後トロンビン撒布による止血を必要とした程であった。腹部 CT (図6), US にて肝両葉に多発性の転移巣を認め、同転移巣は、血管造影にて、通常の胃癌の肝転移となり、hypervascular であった。諸検査にて、卵巣、子宮、縦隔、後腹膜等には異常を認めなかった。

内視鏡による生検にて悪性絨毛上皮腫の診断を受けた。(図7)

病理組織学的に、同腫瘍は、核のクロマチンに富む巨細胞と円型で大型の明るい胞体を有するラングハンス細胞からなり、間質には著しい血管増生が見られる。

入院時検査：赤血球 $219 \times 10^4/mm^3$ HGB 4.4 g/dl HCT 17%と著明な貧血を認める。肝機能・腎機能には、特に異常は認めない。妊娠反応、陽性。S-HCG 7700 MIU/ml HCG subunit $50 < \text{CEA } 12 \text{ ng/ml}$ と HCG, CEA の上昇を示した。

手術所見：昭和59年1月11日、開腹したところ、右横隔膜下、ダグラス窩に凝血を多量に認め、肝両葉に存在する軟かい易出血性の肝腫瘍からの腹腔内出血と思われた。胃体下部に、柔らかい腫瘤を触知するも、漿膜浸潤は認めなかった。リンパ節転移は検索しなかった。子宮、卵管、卵巣には異常を認めなかった。S0 H3 P0 N? stage IV であった。胃原発の悪性絨毛上皮腫の肝転移による腹腔内出血と判断し、肝腫瘍表面にオキシセルをつめ閉腹した。

術後経過：MTX, ACD による化学療法を行ったが、消化管及腹腔内出血により昭和59年1月27日死亡に至

った。

症例3 (胃体中部に発生した扁平上皮癌)

N. C 81才 男性。

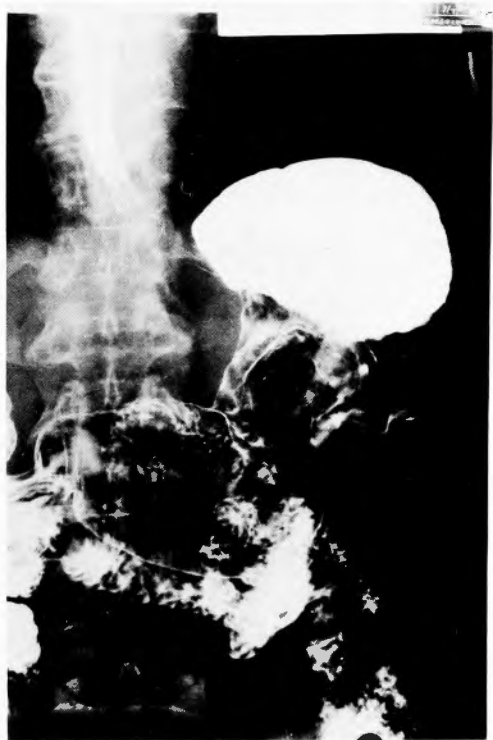


図 8



図 9

主 訴：前胸部不快感

家族歴：特記すべきことなし。

既往歴：昭和46年から硅肺症を指摘されている。

現病歴：昭和56年1月から上記主訴を覚える。昭和56年3月、胃透視、内視鏡検査をうけ、胃体中部の Borrmann III 型胃癌の診断をうけ入院となった。

入院時現症：体格栄養中等、貧血黄疸もなく、リンパ節も触知しない。胸腹部は、理学的に異常を認めな

い。

画像診断：胃透視(図8)にて胃体中部前壁に、大きな Borrmann III 型の腫瘍を認める。しかし、食道及噴門部には特に病変は認めない。内視鏡にても、胃体中部前壁に、崩れた潰瘍を有し、周辺へ浸潤している巨大な Borrmann III 型胃癌を認める。

CT 等にて、遠隔転移は認めない。

入院時検査：貧血はなく、白血球数は正常である。

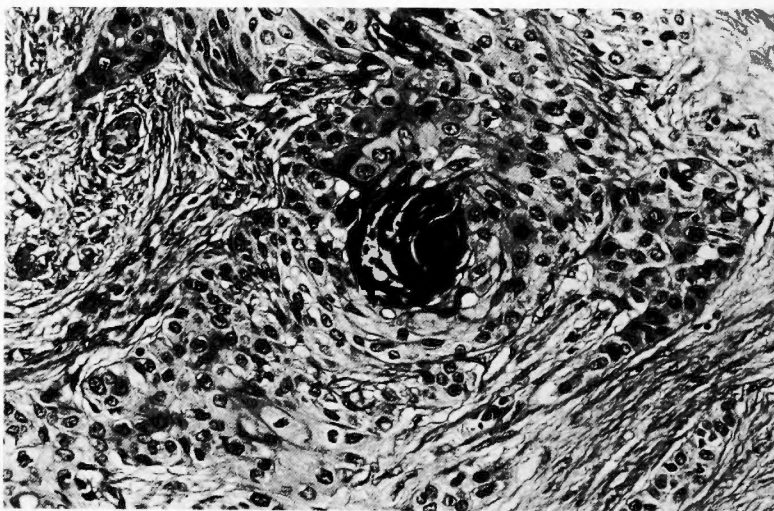


図 10

生化学検査にて血清蛋白 4.9 g/dl と低蛋白血症を認める。腎機能検査は特に異常を認めず。胸部 X-P にて硅肺症、心電図にて I 度 AV ブロックを認める。CEA は 0.5 ng/ml 以下と正常である。

手術所見：昭和56年4月23日開腹した。胃体中部前壁に胃癌が存在し、漿膜へ明らかに浸潤し、大網を巻込んでいた。リンパ節は No. 3, 4, 6, 7 が陽性であった。幽門側胃全摘を施行した。S3, H0, P0, N2 stage IV であった。

切除標本所見 (図9)：胃体中部前壁に 5×6 cm の Borrmann III 型胃癌を認める。腫瘍の口側断端は 2 cm あると判断された。

病理組織標本所見 (図10)：角化を伴い、細胞間橋を認める悪性細胞が胞巣を形成したり、個々に散在しつつ、漿膜下層まで浸潤増殖している。他に腺癌を思わせる部分はなく、角化、細胞間橋の点から胃原発の扁平上皮癌の診断をうけた。

術後経過：術後経過良好で一度退院したが4ヶ月後、再発にて再入院死亡に至った。

考 察

食道に発生する腺癌は稀な疾患であり、その発生基盤には、異所性胃粘膜、Barrett 型食道が考えられている¹³⁾。従来報告されている食道に発生した腺癌は、大部分が Barrett 型食道より発生しており、食道の円柱上皮は悪性変化を来することが多いという報告^{2,4,8)}が多くなされている。Haggitt⁵⁾ は14例の食道原発の腺癌を集め、その中で13例が Barrett 型食道より発生し、その中で10例が逆流性食道炎を有していたと報告を行っている。更に中村⁹⁾ は、Barrett 型食道に発生した腺癌を精査し、下部食道括約筋から口側に向って、胃底腺、噴門腺、偽幽門腺が並び、その偽幽門腺から腺癌が発生している事を証明し、後天的化生性粘膜が癌発生の母生となっていると述べている。

腺癌と扁平上皮癌が混在している場合、それが、低分化ならば、腺扁平上皮癌、高分化の場合、粘表皮癌とされるが、本症例は腺癌の像が大部分を占め、一部に扁平上皮癌と混在するところが存在し、腺扁平上皮癌と診断された。その口側、肛側の食道粘膜は正常の扁平上皮で覆れており、Barrett 型食道も食道への迷入胃粘膜も見出されなかった。本症例は食道扁平上皮より癌が発生し、増大してゆくにつれて腺癌へ化生したと考えるのが一番妥当と思われる。

悪性絨毛上皮腫は、通常子宮に発生し、他に卵巣、

卵巣、男性生殖器にも発生し、さらに稀には、縦隔や後腹膜や松果体に発生するが、胃に原発することは極めて稀である。胃に原発する悪性絨毛上皮腫は1905年 Davidson が44才の男子の大網に悪性絨毛上皮腫、胃幽門部に腺癌を報告したのが最初である。妊娠後の悪性絨毛上皮腫及奇型腫性の悪性絨毛上皮腫と異なり、胃原発の悪性絨毛上皮腫は、高齢層に発生し、その男女比は、男性に優位であると報告されている⁷⁾。更に興味あることに、胃癌の合併が高率に報告されている⁸⁾。その診断は、組織学的に悪性絨毛上皮腫であると診断を行う以外に、古くは、男性においては、前立腺肥大、女性化乳房、下垂体の変化がその根拠とされた。しかし HCG の上昇に基く Friedman test、さらに血清中、尿中 HCG の定量が行われ、さらに LH との交叉反応を除外するために HCG subunit の定量が、現在では容易に行える様になってきている。しかし胃原発の悪性絨毛上皮腫の診断をつけるには、生殖器の奇型腫由来の悪性絨毛上皮腫の胃への転移を除外することが重要であり、特に男性の場合は、睾丸に発生した悪性絨毛上皮腫が原発で、他に転移し、一方原発巣が自然退縮することがあるとされ、生殖器の厳密な検索が必要であるとされている。その予後は、一般の悪性絨毛上皮腫と同じく非常に不良で、肝、肺へ転移して死亡すると報告されている。今回の我々の症例は70才の女性で、剖検はしていないが、開腹時、子宮、卵巣、卵管は正常であり、CT 等にて縦隔、後腹膜は、特に異常を認めなかった。組織学的には trophoblast が増生し、生物学的には、HCG が血清中、尿中ともに増加しており、胃原発の悪性絨毛上皮腫と考えられた。胃原発の悪性絨毛上皮腫の組織発生については、次に述べる仮説がなされている。

①癌細胞の退形成説 (Regan¹¹⁾)

悪性絨毛上皮腫と胃癌の合併が高率である点から、腺癌の化生、即ち胎生期の最も未熟な細胞 (栄養胚細胞) への退形成により悪性毛上皮腫が発生してくるという説である。

②癌腫の組織模倣説

胃癌の退形成が強いため絨毛上皮腫に組織学的に模倣しているにすぎないという説であるが、生物学的に、HCG が腫瘍により産生されていることは確かであり、単なる形態模倣ではない。

③胃壁及腹腔内への絨毛原基の迷入説

胃壁にも性細胞が存在し、それが腺癌により誘導されるという説である。

④奇形腫起源説

⑤不顕性性器原発巣よりの転移説

その中で、胃原発悪性絨毛上皮腫は、本来胃癌であり、腺癌の逆分化により、生物学的及形態学的に絨毛上皮腫としての特徴を示す様になって来たと考えられる説が一般に受け入れられている様である^{10,16)}。

扁平上皮癌は、子宮体部癌(94.5%)気管支肺癌(59.4%)に多く見られ、それ以外に、尿路系癌(11.7%)、唾液腺癌(8.4%)、腎癌(3.3%)にも見られ、まれには、子宮体癌(0.6%)、胆のう癌(1.7%)、乳癌(0.3%)、甲状腺癌(0.9%)、膀胱癌(0.6%)、小腸癌(0.4%)、大腸癌(2.3%)にも見られる¹⁴⁾。

胃原発の扁平上皮癌及類腺癌は意外と報告例は少なく、Boswell³⁾によるとAFIP 2634例の胃癌中、扁平上皮癌は12例、類腺癌は11例存在したと報告している。佐野¹³⁾によると国立がんセンター1836例中、扁平上皮癌は5例、類腺癌は8例存在したと報告されている。

性別はBoswellによると男性に、佐野によると女性に多いと報告され、発生部位は、Boswellによると幽門部に多く、佐野によると幽門部以外に、噴門部に多く見られたと相異なる報告がされている。その予後は両者とも不良が報告されている。

胃原発の扁平上皮癌の組織発生については、以下に述べる仮説がなされている。

①食道粘膜よりの発生説

Tallerman¹⁵⁾は、噴門領域の扁平上皮癌は食道に原発した扁平上皮癌の転移によるものであると主張しており、厳密には胃原発でないとしている。

②化生能力を有する胃腺上皮由来説

腺上皮にも扁平上皮にも分化しうる細胞に胃の扁平上皮癌の起源を求める説であり、佐野も、純粋な扁平上皮癌と考えられた症例も、良く精査すると、小部分に腺癌をみとめることがあると述べてこの説を支持している。

③異所性扁平上皮巣由来説

Boswell³⁾は食道胃接合部と離れて小彎上に、扁平上皮巣を見出し、又潰瘍の辺縁に扁平上皮化生を見た症例を報告している。他に、小児の急性潰瘍の剖検において、幽門まで小彎に沿って扁平上皮が存在していたという症例や、扁平上皮よりなる、大きな胃乳頭腫症の症例が報告されている。Altschuller¹⁾は、胃扁平上皮癌の周辺に正常扁平上皮を見出し、迷入扁平上皮よりの癌発生を考えている。しかし迷入扁平上皮は稀なもので根拠としたいと反論する意見もある。

④胃粘膜の扁平上皮化生由来説

下等動物においては、実験胃癌の作成時に、胃の扁平上皮化生と扁平上皮癌が、腺癌と同時に作成されてくると報告がある。今回の我々の症例は、食道噴門は一応正常であり、調べた範囲では腺癌の部分ではなく扁平上皮癌であり、又周囲胃粘膜には特に扁平上皮の迷入、化生は認めなかった。早期胃癌に扁平上皮癌の報告がないことから腺癌が進行増大してゆくうちに扁平上皮化して、扁平上皮癌となると考えられ、予後の不良な点も一部そのことで説明がつくので、化生能力を有する胃腺上皮に胃扁平上皮癌の起源を求める説が、現在のところ、一般に受け入れられている様である。

結 語

食道原発の腺扁平上皮癌、胃原発の絨毛上皮癌、胃原発の扁平上皮癌の3例を症例報告した。その組織発生については、迷入説と化生説が唱えられているが、化生説の方が説得力があり、広く認められている様である。特殊型癌腫は、元来存在していた上皮から化生して来た稀な癌腫というだけでなく、生物学的悪性度、臨床像は通常型とは異っており、興味のある点が多い。

文 献

- 1) Altshuler JH and Shaka J: Squamous cell carcinoma of the stomach. *Cancer* **19**: 831-838, 1966.
- 2) Berenson MM, et al: Malignant transformation of esophageal columnar epithelium. *Cancer* **41**: 554-561, 1978.
- 3) Boswell JT, et al: Squamous cell carcinoma and adenoacanthoma of the stomach. *Cancer* **18**: 181-192, 1965.
- 4) Cho KJ, et al: The columnar epithelial-lined lower esophagus and its association with adenocarcinoma of the esophagus. *Diag. Radiol* **563-568**, 1975.
- 5) Haggitt RC, et al: Adenocarcinoma complicating columnar epithelial-lined (Barrett's) esophagus. *Am J Clin path* **70**: 1-5, 1978.
- 6) Hartz PH, et al: Coexistence of carcinoma and chorioepithelioma in the stomach of a young man. *Cancer* **6**: 319-326, 1953.
- 7) Jindrak K, et al: Primary gastric chorio-carcinoma: case report with review of world literature. *Human Pathol* **7**: 595-604, 1976.
- 8) Naef AP, et al: Columnar-lined lower esophagus: an acquired lesion with malignant predisposition. The J of thoracic and car-

- diovascular surg **70**: 826-835, 1975.
- 9) 中村恭一, 喜納 勇: 消化管の病理と生検組織診断. 東京. 医学書院, 1980.
- 10) Ozaki H, et al: A case of chorio carcinoma of the stomach. Jap J Clin oncol **1**: 83-94, 1971.
- 11) Regan JF, et al: Chorionepithelioma of the stomach. Am J of Surg **100**: 224-233, 1960.
- 12) Rosai J: Ackerman's surgical pathology. St. Louis, Mossby company, 1981.
- 13) 佐野量造: 胃疾患の臨床病理. 東京, 医学書院, 1979.
- 14) Straus R, et al: Primary adenosquamous carcinoma of the stomach. Cancer **4**: 985-995, 1969.
- 15) Talerman A, et al: The origin of squamous cell carcinoma of the gastric cardia. Cancer **22**: 1226-1232, 1968.
- 16) 田中貞雄: 男子の胃に原発した悪性絨毛上皮腫と癌腫の合併した4例. 胃と腸 **7**: 1368-1375, 1972.